No. Pendaftaran | ______________________

FOMULIR PERMOHONAN

ISILAH DENGAN HURUF KAPITAL DAN MUDAH DIBACA

IDENTITAS PEMOHON

Nama Lengkap : ....

Tempat dan Tanggal Lahir : ....

Jenis Kelamin : L / P *) Usia : .... Tahun............ Bulan

Alamat Tempat Tinggal Sekarang : ....

.... RT : .... RW :............

Desa / Kelurahan : ....

Kecamatan : ....

Kabupaten / Kota : .... Kode Pos : ....

Nomor Telp : .... HP ....

Nomor KTP / SIM : ....

Nomor Kartu Keluarga : ....

Golongan Darah : O / A / B / AB / .... *)

Status : Menikah / Belum Menikah / Janda / Duda *)

Pekerjaan : .... Penghasilan bruto / bulan : ....

Nama Perusahaan / Sekolah : ....

Penyakit yang diderita : ....

Dokter yang Merawat : .... Telp ....HP ....

Rumah Sakit : .... Telp ....

Email : ....

IDENTITAS ORANGTUA / SUAMI / ISTRI / WALI *)

Nama Lengkap : ....

Tempat dan Tanggal Lahir : ....

Jenis Kelamin : L / P *) Usia : .... Tahun............ Bulan

Alamat Tempat Tinggal Sekarang : ....

.... RT : .... RW :............

Desa / Kelurahan : ....

Kecamatan : ....

Kabupaten / Kota : .... Kode Pos : ....

Nomor Telp : .... HP ....

Nomor KTP / SIM : ....

Hubungan dengan pemohon : Orangtua / Suami/ Istri / Wali *) ....

Status : Menikah / Belum Menikah / Janda / Duda *)

Pekerjaan : .... Penghasilan bruto / bulan : ....

Email : ....

*) coret yang tidak perlu.

Hubungi :
TAHIR FOUNDATION
Mayapada Tower 1, Lantai 3
Jl. Jend. Sudirman Kav. 28, Jakarta 12920
Telp : 021 – 522 5503
Fax : 021 – 252 3272
Email : info@tahirfoundation.or.id

Kerjasama dengan :

SYARAT DAN KETENTUAN:

1. Penderita penyakit jantung yang perlu dilakukan tindakan operasi jantung dan dapat dibuktikan dengan melampirkan surat rujukan, fotokopi resume medis dan data penunjang lainnya.
2. Mengisi formulir yang telah disediakan oleh Tahir Foundation, baik pemohon yang mendaftar langsung di TF maupun pasien referensi dari Yayasan jantung Indonesia. Mengisi formulir yang telah disediakan oleh Tahir Foundation.
3. Melengkapi surat-surat pendukung untuk administrasi pada Tahir Foundation, dengan melampirkan:
   - Identitas diri.
   - Identitas Orang tua / Suami / Istri / Wali
   - Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari RT/RW yang diketahui kelurahan setempat.
   - Melampirkan :
     - Bagi Pemohon;
       - Usia 1-16 th:
         - Fotokopi Akte Kelahiran
         - Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
         - Surat Keterangan Sekolah
         - Fotokopi Kartu Pelajar
       - Usia ≥17 th:
         - Fotokop KTP
         - Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
         - Fotokopi surat nikah (*jika ada)*
         - Surat Keterangan Kerja / Sekolah
   - Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak 2 lembar.
     - Pemohon
     - Orang tua / Suami / Istri / Wali
4. Menandatangani surat-surat yang diperlukan untuk pelaksanaan pengobatan.
5. Tidak memiliki asuransi / kartu BPJS/ perlindungan kesehatan lainnya.
6. Tempat pengobatan yang ditunjuk adalah Mayapada Hospital Jakarta Selatan (MHJS).
7. Menyetujui paket operasi yang ditentukan oleh Mayapada Hospital Jakarta Selatan (MHJS) dan Tahir Foundation.
8. Jenis dan besar biaya bantuan ditentukan oleh Tahir Foundation.
9. Persetujuan permohonan operasi akan ditentukan sepenuhnya berdasarkan kebijakan Tahir Foundation dan tidak dapat diganggu gugat.
10. Surat permohonan dan kelengkapan administrasi semuanya menjadi milik Tahir Foundation dan tidak akan dikembalikan.
11. Formulir permohonan dan kelengkapan dokumen lainnya harus dikirimkan kepada Tahir Foundation di alamat yang tercantum di bawah ini.

Yang bertandatangan di bawah ini bertanggung jawab secara hukum akan kebenaran data yang diberikan.

……………..,………………… 20........

Materai Rp. 6000

……………………………………………………………

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemohon/Orangtua/Suami/Istri/Wali)

Hubungi :
TAHIR FOUNDATION
Mayapada Tower 1, Lantai 3
Jl. Jend. Sudirman Kav. 28, Jakarta 12920
Telp : 021 – 522 5503
Fax : 021 – 252 3272
Email : info@tahirfoundation.or.id

Kerjasama dengan :